



DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Sr. Médico prescriptor: De acuerdo a la Res. 4912/2024 del Ministerio de Salud de la Nación es **OBLIGATORIO** que para prescribir Medicamentos de Alto Costo debe **completar y firmar** la siguiente **DECLARACIÓN JURADA DE CONFLICTO DE INTERESES**:

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO TRATANTE PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Toda la información consignada en este formulario **tiene carácter de declaración jurada**. Complete todo el formulario de puño y letra, sin dejar ningún campo vacío. En caso de corrección o agregado, coloque su firma abreviada y la fecha al lado.

A. Datos del MEDICO TRATANTE	
Nombre completo	
Número de matrícula	
Teléfono	
Correo electrónico	

B. Datos del PACIENTE	
Nombre completo	
DNI	
Diagnóstico.	

C. Datos del MEDICAMENTO DE ALTO COSTO PRESCRIPTO	
Nombre genérico	
Nombre comercial indicado	
Nombre del Fabricante	

COMPLETE POR UNICA VEZ PARA ESTE MEDICAMENTO

D. Constancia de información al paciente: Declaro haberle explicado al paciente (o representante legal) de forma clara, precisa y adecuada las razones por las cuales le he prescrito el medicamento de alto costo, los riesgos y beneficios de su uso y **las alternativas terapéuticas existentes**. El paciente tiene pleno conocimiento de **que tales riesgos y beneficios se encuentran bajo mi responsabilidad profesional**.



**DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024**

E. Compromiso de notificar eventos adversos al Sistema de Farmacovigilancia. En caso que el paciente presente cualquier evento adverso (sospecha o confirmación con el medicamento prescripto) me comprometo a notificar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia - ANMAT.

F. Declaración de conflicto de intereses. A los fines de la presente declaración jurada, el interés primario del médico tratante debe ser indicarle el tratamiento apropiado a la enfermedad del paciente y en condiciones adecuadas al estado clínico. Cuando una decisión terapéutica resulta afectada por un interés secundario (sea financiero o de otro tipo, sea para sí mismo o para terceros) ocurre un conflicto de intereses.

Marque la afirmación que corresponde a su situación:

- No tengo ni he tenido nunca ningún vínculo financiero con el laboratorio productor del medicamento indicado, consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.**
- Tengo o he tenido vínculos financieros con el laboratorio productor del medicamento consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.**

En caso de haber elegido la segunda opción, marque en la siguiente tabla algunas de las situaciones de conflicto de interés potencial que pudieran existir:

ÍTEM	FINANCIADOR/EMPRESA	AÑO
Percepción de honorarios, beneficios o financiamientos para sí o familiares por parte del laboratorio productor		
Financiación para asistir reuniones y congresos, asistencia a cursos, programas educativos (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento...).		
Honorarios como ponente (conferencias, cursos...).		
Honorarios como consultor médico de la compañía		
Participación en grupos de intereses que puedan influenciar en la prescripción.		
Conflictos de interés intelectual (participación en investigaciones o proyectos financiados por el laboratorio productor)		
Actuación como perito judicial o parte en alguna causa relacionada con la prescripción del medicamento		

Además de los intereses declarados arriba, declaro bajo mi responsabilidad que NO TENGO otros intereses o actuaciones que deban ser puestos en conocimiento del ISSUNNE.

G. Firma del Declarante Firma del médico _____

Aclaración _____ DNI _____ Número de matrícula _____

Lugar y Fecha _____



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024
FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

*** IMPORTANTE: EN ESTE FORMULARIO TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS**

Nombre y Apellido del Afiliado:Edad:.....

Describa con exactitud el cuadro clínico Reseña de antecedentes personales y patológicos relevantes.		
Diagnóstico/s:		
Tiempo de Evolución de la Enfermedad:		
Fecha de inicio de tratamiento farmacológico:		
Evolución Terapéutica del cuadro clínico:		
Resultados de exámenes complementarios realizados		
(IMPORTANTE: Adjunte fotocopias de los mismos, de lo contrario la solicitud será rechazada)		
¿Recibió previamente tratamiento/s farmacológico/s?: Si..... No.....		
(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)		
Nombre genérico	Duración del tratamiento	Respuesta clínica que fundamente el pedido de un nuevo medicamento

En caso que el paciente haya presentado un evento adverso, por favor, complete la Ficha Amarilla de Farmacovigilancia (Ver al final)



DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

FARMACO/S SOLICITADO/S
(IMPORTANTE: Debe prescribir de acuerdo a la Ley 25.649 – Prescripción por NOMBRE GENERICO)

¹Nombre Genérico o Denominación común internacional	Potencia (Concentración del fármaco prescripto)	² Presentación farmacéutica/Vía de administración (comp, ampolla,etc.)	Dosis diaria	Cantidad de envases por mes	Alternativa terapéutica

Señor profesional: complete con letra LEGIBLE (de lo contrario la solicitud será rechazada)

a) Objetivo/s Terapéutico/s: *especifique criterios clínicos y/o de estudios complementarios que tendrá en cuenta para evaluar la efectividad de la terapéutica instituida.*

.....
.....

b) Duración del tratamiento:

.....
Firma y sello del Profesional Prescriptor

Informe Técnico

Reservado Auditoría Farmacológica del ISSUNNE:

Lugar y fecha:



DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024

COMUNICACION DE EFECTOS INDESEABLES
ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MÉDICA (ANMAT)
CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA. CATEDRA DE FARMACOLOGÍA-UNNE

Datos del Paciente:

Iniciales: Peso: Altura: Edad: Sexo: Hospitalizado
En mts. F-M (si-no)

Descripción de la reacción adversa (RAM)
(incluir fecha de comienzo)

Breve descripción del cuadro clínico del paciente

Exámenes complementarios relevantes)
(con fechas)

Condiciones médicas relevantes

Fármacos que consume el paciente (marque con un asterisco el/los agente(s) sospechoso(s))

	N. Comercial	N. Genérico	Dosis diaria	vía	comienzo	Final (fecha)	Fin terapéutico	Nº Dosis recibidas
1								
2								
3								
4								
5								

Resultado:

<input checked="" type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado c/secuelas No recuperado Desconocido Requirió o prolongó hospitalización Malformación Riesgo de vida Fatal : fecha:	La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechado causó disminución o desaparición del evento adverso? SI NO
	La reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa? SI NO No se reexpuso

*Nombre Profesional _____
Profesión: _____
Tel: _____ e-mail _____

Puede notificar las reacciones adversas a fármacos al Centro Regional de Farmacovigilancia- UNNE. (0379) 4432902, mail: crf-unne@med.unne.edu.ar



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

DISPOSICION N° 0934
CORRIENTES, 15 de noviembre de 2024
Fecha de este reporte:

Fecha Comienzo Evento

*Pueden ser sólo iniciales y lo indispensable para canalizar una respuesta, si fuera necesario.

Edad: en niños menores de 2 años expresarla en meses, añadiendo la fecha de nacimiento. Cuando se trata de malformaciones congénitas; Informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección. Agregue la edad de la madre.

Sexo: indique **F** si es femenino y **M** si es masculino.

Descripción del cuadro clínico: Indique enfermedad de base y toda condición médica previa de importancia.

Descripción de la RAM (reacción adversa a medicamento): indique los signos y síntomas del evento adverso que motivó la notificación, aunque se trate de una RAM conocida es importante su notificación.

En caso de tratarse de malformaciones congénitas precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto.

SI SE DETECTASE FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA A UN MEDICAMENTO, DEBE COMUNICÁRSELO COMO EVENTO ADVERSO

Fármaco: señalar en primer término la droga sospechosa. Notifique todos los demás fármacos administrados al paciente, incluidos los de automedicación.

Indicar la dosis diaria: En pediatría indique por Kg. de peso.

CONSIDERACIONES DE LA REACCIÓN

Resultados: Después de sucedida la reacción, cuál es el resultado final?

Señale si la reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa.

LOS EFECTOS ADVERSOS MOTIVADOS POR ELEMENTOS DE TECNOLOGÍA (CATÉTERES Y OTROS) DEBEN SER COMUNICADOS. También los eventos producidos por hierbas, medicamentos tradicionales o medicinas alternativas.

No llenar, uso interno

PBD	PBB	PSB	DUD	A	ATC:	E	M	Od	K	Consumidor:
L	M	G	F	B	Órganos afectados:	Otros:				



CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.CRF-UNNE

Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Medicina-M.Moreno 1240-Corrientes.Tel:0379-4431902

crf-unne@med.unne.edu.ar